

Année 1955

N°

570

T H E S E
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

Par

KERHOAS Clémentine
Externe des Hôpitaux de Paris

Née COULLOCH, le 28 Mars 1929, à DOUARNENEZ (Finistère)

Présentée et soutenue publiquement le :

LA RECTO-COLITE MUCO-HEMORRAGIQUE
CHEZ L'ENFANT

Président de Thèse : Professeur CATHALA

Ed. A.G.E.M.P.

Nom du Candidat : KERHOAS
Prénom : Clémentine

Date de soutenance :

N°

1

KERHOAS Clémentine -
La recto-colite muco-
hémorragique chez
l'enfant -
Paris Dact. in 4° 22 p.
Thèse Med. Paris 1955
Ed. A.G.E.M.P. N°

2

KERHOAS Clémentine -
La recto-colite muco-
hémorragique chez
l'enfant -
Paris Dact. in 4° 22 p.
Thèse Med. Paris 1955
Ed. A.G.E.M.P. N°

3

KERHOAS Clémentine -
La recto-colite muco-
hémorragique chez
l'enfant -
Paris Dact. in 4° 22 p.
Thèse Med. Paris 1955
Ed. A.G.E.M.P. N°

4

KERHOAS Clémentine -
La recto-colite muco-
hémorragique chez
l'enfant -
Paris Dact. in 4° 22 p.
Thèse Med. Paris 1955
Ed. A.G.E.M.P. N°



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552212_0058

Année 1955

No

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, DELBET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE, LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON, OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN..... Léon BINET.
(membre de l'Institut)

ASSEESSEUR..... Jean VERNE.

I - PROFESSEURS

MM.

Anatomie.....	CORDIER (G.)
Anatomie Pathologique.....	DELARUE (A.)
Bactériologie.....	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	CHAULET-BERT (I.)
Biologie Médicale.....	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale.....	HUGUENIN (R.)
Carcinologie.....	OBERLING (C.)
Chimie médicale.....	N...
	(Hôtel-Dieu..... BROCC (P.)
Cliniques	(Broussais..... DE GAUDART-D'ALLAINES (T.)
Chirurgicales	(Salpêtrière..... MONDOR (H.)
	(Cochin..... QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique ...	MERLE D'AUBICONE (R)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E)
Clinique de Chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M)
Clinique de Chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de Puériculture	LELONG (M)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
	(Hôtel-Dieu
Cliniques	(Bichat
médicales	(Cochin
	(Broussais
Clinique médicale d'Hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANCON (L)
Clinique médicale propédeutique.....	PASTEUR VALLERY-RADOT (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (L)

Cliniques obstétricales	{ Tarnier	LANTUEJOUL (P)
	{ Baudelocque	LEVY-SOLAL (E)
	{ Fort-Royal	LACOMME (M)
Clinique ophtalmologique		VELTER (E)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)		RICHET (C)
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C)
Clinique rhumatologique et sociale		COSTE (F)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique urologique		FEY (B)
Embryologie		GIROUD (A)
Génétique		LAMY (M)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie		MOUQUIN (M)
Histologie		CHAMPY (C)
Hygiène et Clinique de première enfance		CATHALA (J)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C)
Médecine du Travail		DESOILLE (H)
Médecine Légale		PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et histoire naturelle médicale		GAILLARD (H)
Pathologie chirurgicale		MENEGAUX (G)
Pathologie exotique		LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée		LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologique expérimentale (Chaire à titre personnel)		MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale		BARIETY (M)
Pathologie et thérapeutique générales		GARCIN (J)
Pédiatrie sociale		MARIE (J)
Pharmacologie et matière médicale		HAZARD (R)
Physico-Chimie médicale (Chaire à titre personnel) ..		DOGNON (A)
Physiologie		BINET (L)
Physique médicale		STROHL (A)
Radiologie médicale		DESGREZ (H)
Technique chirurgicale		MOULONGUET (P)
Thérapeutique		TURPIN (R)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

Anatomie	(DEBEYRE (J)
Anatomie Pathologique	(DEIMAS (A) Pr.s.ch. N... (GAUTHIER-VILLARS Mlle P. Pr.s.ch. (BUSSE (F) (GOUYCOU (C) (FASQUELLE (R) (NEVOT (A) (BOURLIERE (F) (ETTORI (J) Pr.s.ch. (JAYLE (M.F.) Pr.s.ch. (SCHAPIRA (G) (DUPERRAT (F)
Bactériologie	
Biologie Médicale	
Chimie Médicale	
Dermato-Syphiligraphie	

Histologie	(BULLIARD (H) Pr. s. ch. (COUJARD (R) (N ...
Hydrologie	DEBRAY (C)
Hygiène	(BOYER (J) (DEPARIS (M)
Médecine Légale et du Travail	(DEROBERT (L) (GAULTIER (M) (HADENGUE (A)
Neuro-Chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	SEZE (S. de)
Obstétrique	(CRASSET (J) (LEPAGE (F) (MAYER (M) (MERGER (R) (MORIN (P) (RAVINA (J) (VARANGOT (J)
Ophtalmologie	(OFFRET (G) (DESVIGNES (P)
Orthopédie	JUDET (R)
Oto-Rhino-Laryngologie	(HALPHEN (E) Pr.s.ch. (AUBRY (M) (MADURO (R)
Parasitologie	(BRUMPT (L) (CHABAUD (A)
Pathologie chirurgicale	(ABOULKER (P) (BAUMANN (J) (GOSSET (J) (HUGUIER (J) (LAURENCE (G) (LEGER (L) (LORTAT-JACOB (J) (OLIVIER (Cl) (PADOVANI (P) (PCILLEUX (M) (ROUX (M) (RUDLER (J.C.) (VERNE (J.M.)
Pathologie expérimentale	F...
Pathologie médicale	BERNARD J. (BOUDIN (G) (CASTAIGNE (P) (COMTE (M) (DECOURT (J) (DOMART (A) (DREYFUS (Gilbert) (FAUVERT (R) (HAMBURGER (J) (KOURILSKY (R) (LAMOTTE (M) (LAROCHÉ (C) (MILLIEZ (P) (PEQUIGNOT (H) (PERRAULT (M) (RAMBERT (P) (THIEFFRY (St) (TURIAF (J)

Pédiatrie	(JOSEPH (R) (LAPLANE (R) (N...
Pharmacologie	(LEVY (Mlle J.) Pr.s.ch. (CHEYMOL (J.H.) Pr.s.ch.
Physiologie	(BARGETON (D) Pr.s.ch. (PARROT (J.L.)
Physique Médicale	(DJOURNO (A) Pr.s.ch. (GOUGEROT (L)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B)
Psychiatrie	BARUK (H)
Psychiatrie infantile	MICHAUX (L)
Stomatologie	(CERNEA (P) (CHAPUT (Mme A)
Thérapeutique	PERRAULT (chargé de l'enseignement)
Urologie	KUSS (R)

III - PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le Service des Examens.

III. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J) (Clinique Chirurgicale),
LE LORIER V(Obstétrique), VAUDESCAL (R) (Obstétrique).

IV - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

Clinique Chirurgicale	MM. AMELINE (A) PATEL (J) SICARD (A) BROUET (G) CACHERA (R) HAGUENEAU (M) Pr.s.ch. MARCHAL (G) SOULIE (E) ECALLE (G) RENARD (G) COUVELAIRE (R)
Clinique Médicale	
Clinique Obstétricale	
Clinique Ophthalmologique	
Clinique Urologique	

Secrétaire Général de la Faculté	MM. MOREL (J)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G)

Conservateur, chargé de la direction	Docteur HAHN (A)
Conservateur	Mlle GOICHON
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE (P), LE NOIR (G), METIN (F), QUIEVREUX (E).

Par délibération en date du 9 Déc. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions
émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être
considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner
aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Bien faible témoignage d'affection
Qu'ils trouvent en ce travail
l'expression de ma profonde
reconnaissance pour tout ce
qu'ils ont fait pour moi.

A MON FRERE

A MON MARI

Interne des Hôpitaux de Paris

A SA FAMILLE

AUX MIENS ET A MES AMIS

Au Professeur CATHALA

Professeur d'Hygiène et de clinique de
la première enfance à la Faculté de
Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Trousseau

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait l'honneur
de présider cette thèse

Hommages respectueux.

A notre Maître,

Le Docteur Robert CLEMENT ..

Médecin de l'Hôpital Bretonneau,

La respectueuse reconnaissance
de son élève.

Au Docteur André BUSSON

Médecin-Assistant des Hôpitaux de Paris

Qui m'a guidée dans l'élaboration
de ce travail avec tant de
bienveillance,
Ma profonde gratitude.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS



INTRODUCTION

Alors que les premières descriptions de la rectocolite muco-hémorragique remontent à 1873, ce n'est qu'en 1923 qu'Helmholz en Amérique rapporte 5 cas de cette affection chez l'enfant.

Il précise que, comme chez l'adulte, on ne peut rattacher la maladie à aucune étiologie connue, mais qu'il s'agit cependant d'une entité clinique bien définie.

Quelques cas infantiles sont ensuite rapportés, peu nombreux, par R. BENSAUDE, HAMBURGER et A. BENSAUDE, FANCONI, BARGEN, BONCRINO UDAONDO.

En 1936, LADD préconise l'iléostomie dans les formes graves résistant au traitement médical, ses études portent sur 26 sujets de moins de 12 ans.

En Suisse, GLANZMANN et ASCH groupent 20 cas en 1937, la même année 2 cas de J. RACHET et A. BUSSON sont rapportés dans la thèse de J. COSTE.

Armand DELILLE et ses collaborateurs insistent, à propos d'un cas, sur la gravité particulière de la maladie chez l'enfant.

En 1940, JACKMAN, BARGEN et HELMHOLZ publient dans une statistique de 871 cas étudiés de 1925 à 1931, 95 recto-colites hémorragiques ayant débuté avant 16 ans.

En 1946, J. RACHET et A. BUSSON dans un bilan sur 108 cas traités depuis 1938 comptent 6 enfants.

- LAGERCANTZ en 1949 signale une recrudescence de la maladie à Stockholm et fait un rapport sur 134 formes infantiles.

En 1950, PRUGH souligne l'importance des facteurs psychiques et de la psychothérapie dans la recto-colite hémorragique chez l'enfant après une étude portant sur 14 cas de moins de 16 ans.

En 1952, LILLI BASTMAN étudie le traitement de la maladie chez 6 enfants.

Dans une nouvelle statistique, RACHET et BUSSON en 1954 comptent 7 formes chez l'enfant sur 450 cas.

A l'occasion d'une observation personnelle, nous voudrions dans ce travail essayer de faire le point sur la recto-colite hémorragique chez l'enfant, à la lumière des travaux parus.



OBSERVATION PERSONNELLE

ANNICK N... âgée de 9 ans 1/2 entre le 9 Décembre 1954 dans le service du Docteur R. CLEMENT à l'Hôpital Bretonneau, lors d'une poussée de rectocolite hémorragique, la troisième depuis le début de la maladie.

Celui-ci remonte en effet à Juillet 1954 par un malaise général, du sang dans les selles qui sont dures et fragmentées, constipation qui date du tout jeune âge.

Une rectoscopie pratiquée par le Docteur GORSE permet d'affirmer le diagnostic de rectocolite hémorragique : "rectoscopie jusqu'à 17 cm...

- Aspect typique de rectocolite hémorragique
- La muqueuse granitée pleure du sang
- Pas d'ulcération
- Saignement au contact."

La recherche des amibes dans les selles est négative.

Un traitement par la salazopyrine est aussitôt institué; la poussée s'éteint en trois semaines.

A la fin du mois d'Octobre, la jeune malade se plaint de douleurs articulaires de la hanche et de l'épaule avec fièvre à 39°5; son médecin prescrit de la carbatropine et de la vitamine B12 buvable, en 4 jours la température revient à la normale tandis qu'apparaît une diarrhée sanglante.

Cette deuxième poussée ne dure que quelques jours.

Le 9 Décembre 1954 l'enfant entre dans le service pour anorexie, asthénie, diarrhée (trois à cinq selles par jour), sang dans les selles, et un fait que nous interprétons mal : il existe quelques vomissements.

A l'examen, il s'agit d'une fillette fatiguée, pâle mais rousse; sa taille (1m40) et son poids (33 kg,500) sont normaux pour son âge.

- La température est à 37°4, le pouls à 120 est régulier, la tension artérielle à 11 1/2-9.
- L'abdomen plat, souple, n'est pas douloureux, on ne palpe ni le foie ni la rate.
- L'état psychique de l'enfant ne présente rien de particulier, elle nous paraît tout au plus un peu timide et triste.

- Le reste de l'examen est normal.
- Le toucher rectal ne réveille aucune douleur, les parois de l'ampoule rectale sont souples, le doigtier est souillé de sang.

La rectoscopie faite par le Docteur CORNET montre des lésions typiques de recto colite hémorragique. La muqueuse d'aspect chagriné ruisselle de sang non seulement sur toute la hauteur de l'ampoule rectale, mais encore sur la partie explorable du sigmoïde.

A la radio du 17.12.54,

on note déjà des lésions très étendues sur tout le côlon, prédominant sur le sigmoïde et le côlon gauche :

Aspect déchiqueté des bords, aspect manéageux de face, avec par places des pertes du liseré de sécurité, malheureusement sur ces premiers clichés, il n'a pas été fait d'insufflation.

A noter l'hypertonie générale du côlon avec perte du liseré de sécurité sur tout le côlon gauche, et à la partie moyenne de celui-ci une zone se dilatant moins que le reste du côlon.

- Il s'agit donc, d'une recto colite mucohémorragique surinfectée, comme le montre la formule et la numération que nous verrons plus loin et dont les lésions paraissent déjà très sérieuses à l'examen radiologique, malgré l'absence de toute fièvre.

Parmi les antécédents de cette jeune malade il est intéressant de signaler une acrodynie à 13 mois traitée dans le service du Docteur MARQUEZY. Le début est marqué par l'apparition :

d'anorexie, d'amaigrissement, de photophobie, d'insomnie et de changement de caractère, l'enfant se plaint souvent, ne sourit plus.

- Progressivement s'installent des troubles circulatoires aux mains et aux pieds à type d'œdème et de congestion.

- La sudation est intense, facteur de sudamina généralisés.

- On note une hypotonie musculaire importante, l'enfant ne peut plus marcher et se tient à peine assise.

- La tension artérielle est très élevée à 18-13.

Les troubles régressent en quelques mois, mais à 3 ans 1/2 se produit une rechute de la maladie.

En 1950, apparaît un oedème du dos du pied droit, inexpliqué, qui persiste encore actuellement mais diminué.

Signalons encore, la fréquence chez cette fillette d'éruptions urticariennes.

Enfin le père de l'enfant est traité pour ulcus gastrique.

Dès l'entrée de la petite malade à l'hôpital, des examens paracliniques sont demandés.

La numération et la formule sanguine révèle une légère anémie, une leucocytose avec polynucléose et une hypoplaquettose.

- globules rouges	3.750.000
Hémoglobine	75%
valeur globulaire	1
- globules blancs	21.200
Polynucléaires	
neutrophiles	83%
basophiles	0%
éosinophiles	0%
Mononucléaires	4%
Lymphocytes	13%
Plaquettes	160.000

L'examen chimique et bactériologique des selles ne montre rien de particulier :

- Présence de quelques grains d'amidon
- Assez nombreux globules de graisses
- Pas de fibres musculaires visibles
- Mucus en petite quantité
- Quelques hématies visibles, la plupart étant lysés.
- Pas de parasites visibles.

Coproculture

- Flore microbienne abondante
- Aucun germe pathogène
- Sur milieu de Kristensen ne poussent que des colibacilles.

Sensibilité aux antibiotiques

chloromycétine	29
streptomycine	27
terramycine	23
Auréomycine	22

Le bilan hépatique est normal :

- Cholestérol total 1,40 (Grigaut)
- stérigé 0,80
- rapport $\frac{E}{T} = 0,57$
- Thymol test : 8 unités
- Test de Hanger +

- L'urée est à 0,35
- Nous avons également fait un dosage de la protidémie et le rapport sérine globuline qui, on le sait ont une valeur indéniable pour juger de l'état général du sujet et partant permettent de mesurer le degré de gravité de la maladie :
 - les protides sont abaissés à 55,5 g/l
 - avec sérine à 27,6
 - globuline à 27,9

d'où modification du rapport $\frac{S}{G}$ qui est voisin de 1.

- Enfin chez cette enfant, des ecchymoses signalés fréquents au moindre traumatisme nous ont fait pratiquer un temps de saignement, un temps de coagulation, un signe du lacet et une étude des fonctions hémostatiques faits par le Centre National de Transfusion sanguine, ces examens se sont révélés normaux. Une très légère hypocoagulabilité a juste été signalée.
- Dans le but d'éliminer tout rapport entre la recto colite hémorragique et l'acrodynie signalée dans les antécédents, des recherches de mercure et d'arsenic ont été effectuées dans les urines, elles n'ont révélé que des traces légères de mercure sans signification pathologique.

Le traitement médical est institué dès l'entrée :

- Vitamine A locale en lavement comprenant :
- . 100.000 unités de vit. A soit 30.000
 - . XV gouttes de laudanum
 - . 50 cc d'huile d'olive
 - Traitement polyvitaminique par voie générale
 - Vitamines A - C - B 6 - B 12 - K - P
 - Transfusions réparatrices de 150 à 200 cc.
 - Antibiotiques : chloromycétine
 - ganidan
 - Phénergan
 - Antistine.

L'enfant a un régime alimentaire riche et varié, elle prend quotidiennement de l'extrait de foie et du protéolysat.

Cependant, le nombre et le volume des selles toujours sanglantes ne sont pas modifiés, le poids baisse, l'état général décline.

Les antibiotiques font cesser la surinfection, le 17 Décembre les globules blancs sont à 9.200 avec 63 polynucléaires, le 20 à 5.200, mais les médicaments comme l'ont bien montré J. RACHET et A. BUSSON, ne

modifient pas le cours de la recto-colite muco-hémorragique elle-même.

Chaque transfusion de sang pratiquée pour réparer l'anémie croissante (le 20 Décembre, les globules rouges sont à 2.600.000) est suivie d'un choc avec clocher fébrile à 39°40.

L'évolution de la maladie n'en est pas modifiée, cependant les globules rouges remontent, le 3 Janvier ils atteignent 3.150.000.

Devant l'échec de notre thérapeutique, les chocs par injections intra-veineuses de vaccins, préconisés par J. RACHET et A. BUSSON ont été envisagés, mais étant donné que les transfusions les réalisaient déjà, nous avons préféré ne pas y recourir.

Dé même, nous n'avons pas cru bon d'ajouter la cortisone aux autres médications, bien que l'enfant eût présenté en Octobre quelques troubles articulaires.

Nous avons craint, dans cette forme grave, une perforation intestinale que certains ont décrite.

Nous avons pensé d'autre part, que la cortisone administrée avant une intervention chirurgicale que nous pressentions n'était pas exempte de danger, bien que nous sachions que certains auteurs étrangers y recourent systématiquement associée aux antibiotiques.

Signalons enfin, que l'état psychique de la fillette ne parut pas à ce moment-là nécessiter le concours d'un psycho-thérapeute, nous nous sommes cependant efforcé de créer autour d'elle, une atmosphère amicale et gaie.

Quant à la cure émetinienne encore classique pour certains, la certitude du diagnostic la rendait inutile chez cette enfant.

Le 31 Décembre, un nouveau lavement baryté est pratiqué : sur ces 2 clichés, une insufflation a été réalisée, l'image de remplissage montre l'accentuation des signes précédents avec notamment l'aggravation des lésions gauches : microcolie gauche avec très peu de distension à l'insufflation.

Sur les clichés d'insufflation, la perte du liseré de sécurité est très nette, non seulement sur le côlon gauche, mais encore sur le bord supérieur du côlon transverse.

Cette note jointe à l'échec de la thérapeutique médicale, à l'atteinte progressive de l'état général avec hypoprotidémie et inversion du rapport sérine-globuline nous fait conclure à la nécessité d'une iléostomie.

Le 6 Janvier 1955, soit moins d'un mois après son entrée à l'hôpital, l'enfant est admise en chirurgie, elle est opérée le 7.

Au cours de l'intervention, on note l'apparition rapide d'un piqueté hémorragique sur le coecum.

Immédiatement après l'iléostomie, les évacuations sanglantes disparaissent, le 9 Janvier, l'anus iléal émet un gaz, le 10, soit au troisième jour de l'opération, il émet la première selle.

Les suites ultérieures sont bonnes, l'anus iléal fonctionne bien, on signale une à trois selles par jour, peu moulées, glaireuses, quelques glaires sont évacuées par l'anus normal, mais il n'y a aucune hémorragie.

L'anémie se répare rapidement, et quinze jours plus tard les globules rouges sont à 4.900.000, il n'y a aucun signe d'infection, les leucocytes sont à 8.200 le 21.

Le 24 Janvier, on pratique un nouveau lavement baryté par l'anus normal : transformation de l'image colique : le côlon a repris un aspect sensiblement normal.

- Le 30, apparaissent quelques troubles cutanés autour de l'anus iléal : érythème et désépidermisation.

- Le 12 Février, à la rectoscopie pratiquée par le Docteur A. BUSSON, la muqueuse rectale et sigmoïdienne a un aspect absolument normal, de teinte rosée, elle ne saigne en aucun point, même pas au contact.

En résumé,

Il s'agit d'une recto-colite muco-hémorragique chez une enfant de 9 ans 1/2 :

- début progressif
- évolution par poussées, nous voyons le malade lors de la troisième rechute
- évacuations sanglantes
- altération de l'état général
- pas de fièvre.

C'est une forme grave de la maladie, en effet on note, jointe à l'extension des lésions à la radiographie :

- une atteinte sérieuse de l'état général avec une anémie croissante et une baisse de la protidémie avec inversion du rapport sérine-globuline.
- l'aggravation de la maladie à chaque poussée
- et malgré le traitement médical, une évolution rapide de plus en plus inquiétante de la poussée actuelle.

On peut nous reprocher de ne pas avoir poursuivi ce traitement assez longtemps, cependant nous n'avons pris la décision chirurgicale qu'après un mois d'évolution et alors qu'aucun signe d'amélioration n'était survenu.

L'iléostomie a chez cette malade, le mérite d'être faite dans de bonnes conditions, diminuant ainsi les risques opératoires qui restent très importants bien que l'intervention soit actuellement au point.

Les résultats sont pleinement satisfaisants, puisqu'elle a entraîné immédiatement l'arrêt brusque de la poussée, que l'enfant est actuellement en excellent état général et que la rectoscopie montre une muqueuse normale.

Evidemment, nous ne pouvons pas parler encore de guérison définitive, le pronostic lointain reste réservé comme dans toute recto-colite muco-hémorragique.

Chez cette enfant, il n'est pas question actuellement de colectomie totale étant donnée la sédation immédiate de la poussée et les constatations rectoscopiques et radiologiques.

Notre conduite thérapeutique sera guidée par l'évolution ultérieure.

A l'occasion de cette observation, nous avons recherché dans la littérature française et étrangère les publications traitant de la rectocolite muco-hémorragique chez l'enfant (ulcerative colitis de la plupart des auteurs étrangers).

Nous avons essayé de rassembler ces données éparses dans une description d'ensemble de la maladie.

En analysant les travaux parus, nous avons été frappés par la richesse de certaines statistiques étrangères et la rareté des cas signalés dans notre pays.

Pour expliquer cette différence, il semble que l'on puisse incriminer la distribution géographique de la maladie qui paraît nettement plus fréquente aux Etats-Unis, dans les pays scandinaves et le Nord de l'Angleterre, en regard de la relative rareté des cas constatés en France, dans le sud de la Grande-Bretagne, en Espagne et en Amérique du Sud.

Quoiqu'il en soit, la maladie est plus rare chez l'enfant que chez l'adulte, mais n'est pas exceptionnelle.

En 1940, BARGEN, JACKMANN et HELMHOLZ comptent 95 sujets sur 871 qui eurent leurs premiers troubles avant 16 ans, soit 10,9 %.

BARGEN signalait en 1928, 9 cas de moins de 10 ans sur 600 soit 1,5 %.

La différence entre les deux pourcentages est due au fait que le nombre des malades augmente avec l'âge.

Chez les 2/3 des enfants, les premiers signes de la maladie apparaissent après 9 ans, BUSCH cependant en Allemagne signale deux cas de 2 ans et de 16 mois!

En France, J. RACHET et A. BUSSON dans un premier bilan en 1946 sur 108 cas traités depuis 1938 comptent 6 malades de 4 - 5 - 10 - 12 - 12 et 13 ans, soit 5,8%; en 1954, dans une nouvelle étude par les mêmes auteurs, sur 450 sujets, un seul cas infantile s'est ajouté aux précédents.

Il semble que le sexe masculin soit un peu plus touché par la maladie, les statistiques américaines disent 60% chez les garçons contre 40% chez les filles, pourcentage sensiblement égal à celui observé chez l'adulte.

Quant à l'étiologie : elle pose le même problème chez l'enfant que chez l'adulte.

Les recherches bactériologiques de LAGERCRANTZ aboutissent à des découvertes discutées. HELMHOLZ dans son importante statistique trouve parfois une autre affection coïncidant avec le début de la rectocolite.

Ainsi pour le groupe de 871 sujets :

- grippe : 8
- angine ; 5

Mais seulement 4 cas où une maladie infantile semble associée aux premiers troubles.

- On ne peut donc en rien affirmer le rôle déclenchant de ces affections.

HELMHOLZ fait d'ailleurs entrer cette absence de facteur étiologique dans la définition même de la maladie, précisant que si l'on trouvait une cause aux troubles intestinaux du malade, il ne s'agirait plus de recto colite muco hémorragique.

Cependant l'école française avec J. RACHET et A. BUSSON, alors qu'elle définit la maladie avec précision tant sur le plan anatomique que clinique, lui attribue des causes déclenchantes dont la multiplicité même indique dans cette affection l'importance primordiale du terrain, local, régional et général.

Parmi ces causes on peut citer des facteurs infectieux : il n'y a pas de germe spécifique, mais possibilité d'une action pathogène d'un germe quelconque sur cette muqueuse intestinale sensibilisée.
allergiques : alimentaires ou autres.
psychiques : déclenchement d'une poussée au lendemain d'un choc émotif.

Les formes de la maladie sont celles retrouvées chez l'adulte avec peut-être une fréquence particulière de la forme suraiguë bien décrite par R. BENSANDE.

Le début en est brutal, avec fièvre, évacuations intestinales nombreuses, hémorragiques, jamais purulentes.

Il n'y a pas de douleurs abdominales, rapidement apparaissent, une anémie, un amaigrissement important et un état de prostration plus ou moins marqué.

À la rectoscopie : la muqueuse est abrasée, le sang coule en nappe.

Les transfusions immédiates s'imposent, mais le traitement médical est ici de peu d'intérêt; cette forme jusqu'à ces dernières années était considérée comme toujours mortelle, mais actuellement une iléostomie avec colectomie totale d'emblée, serait capable pour les auteurs américains et Delannoy de Lille, de sauver ces malades.

Certains préconisent dans une phase pré-opératoire courte de faire de la cortisonothérapie associée aux antibiotiques.

Mais à côté de cette forme suraiguë, tous les degrés de gravité peuvent se voir, et comme chez l'adulte, nous avons la forme habituelle, typique, chronique à rechutes.

- Le mode de début est variable, alors que pour LADD et LAGERCRANTZ, il serait plutôt progressif, pour BARGEN, JACKMAN et HELMHOLZ il est plus souvent aigu, ces auteurs rapportent :

pour les 95 cas infantiles :

- 22 début progressif
- 73 début aigu

pour le groupe entier de 871 malades, comportant les adultes :

- 444 début progressif
- 427 début aigu.

- Les signes cliniques ne sont pas différents de ceux observés chez l'adulte :

chaque poussée est marquée par :

- des évacuations intestinales fréquentes
- de la diarrhée ou de la constipation
- du sang et du mucus mélangés aux selles ou en dehors d'elles
- jamais de douleurs
- parfois de la fièvre et de l'asthénie
- pas de signes physiques abdominaux.

C'est la rectoscopie qui affirme le diagnostic; remarquablement décrite par l'école française, R. BENSAUDE et ses élèves, elle montre une muqueuse rectale et sigmoïdienne rouge vineuse, abrasée par larges places. Le sang coule à sa surface, et surtout, le moindre attouchement détermine un saignement local.

- Notons que chez le jeune enfant, souvent indocile, cet examen, capital, nécessite parfois une anesthésie générale.

A la radiographie, le lavement baryté ne révèle le plus souvent qu'une carte des haustrations normales sans diminution de calibre.

C'est le lavement baryté qui permet de juger de l'étendue en hauteur des lésions. Signalons ici, que jamais pour R. BENSAUDE, J. RACHET, et A. BUSSON, il n'y a pas de lésion iléale.

Dans sa première étude chez l'enfant en 1923, HELMHOLZ signale cependant 2 cas sur 5 avec atteinte de l'iléon. Pour LAGERCRANTZ, tout le côlon serait touché dans deux tiers des cas et la partie terminale de l'intestin grêle dans 9 cas sur 134.

Cette atteinte iléale fait en France douter du diagnostic exact de recto-colite muco-hémorragique.

Si elle existe, il est bien curieux qu'elle n'ait jamais été rencontrée en France et à l'étranger au cours des nombreuses iléostomies pratiquées.

Dans les selles, les recherches cyto bactériologiques éliminent toute origine infectieuse ou parasitaire.

LAGERCRANTZ signale, à la phase aiguë, la prédominance des entérocoques et des bacilles hémolytiques.

Sous l'action du traitement médical, l'état général se transforme, les évacuations diminuent de fréquence.

A la rectoscopie, la muqueuse est rosée, normale, mais garde un aspect granité. Elle reste fragile car elle saigne au contact.

En cours d'évolution ou lors des rechutes, la suppuration peut survenir. Dans ce cas, le pus s'ajoute au sang dans les selles, la fièvre est plus élevée, l'hyperleucocytose apparaît, un traitement anti-infectieux s'impose, orienté par une coproculture avec antibiogramme.

Il faut souligner, dans l'évolution de la maladie et particulièrement chez l'enfant, le rôle important des facteurs émotifs. PURGH l'a étudié avec beaucoup de soin chez 14 jeunes malades :

- à chaque choc affectif (peur - colère - visite des parents, etc...), correspond une exacerbation des symptômes chez la plupart des sujets suivis.

- La rapidité d'apparition et l'intensité des troubles semblent inversement proportionnelles à la capacité d'intégration du sujet et à la puissance de sa personnalité.

- En général, il existe une relation directe entre cette "integrative capacity" et l'intensité du choc nécessaire pour provoquer une réponse somatique.

Entre les poussées, la fonction intestinale semble normale, mais la guérison définitive est exceptionnelle, la rectoscopie révèle la persistance des signes.

"La rectocolite hémorragique, dans cette forme typique fréquemment rencontrée, va ainsi s'étager sur des années, immobilisant habituellement, mais non toujours les malades pendant les poussées; elle est compatible avec une vie à peu près normale, à moins qu'elle ne prenne tout à coup, au cours d'une rechute nouvelle, une allure plus sévère." (J. RACHET et A. BUSSON).

Les formes graves de la maladie se révèlent en effet souvent lors d'une poussée (c'est le cas de notre petite malade), mais elles peuvent aussi se voir d'emblée.

La note de gravité est donnée, moins par les troubles fonctionnels que par :

- l'atteinte marquée de l'état général
- l'anémie
- l'atteinte hépatique qui a été constatée par le laboratoire et les biopsies
- le déséquilibre biologique avec baisse de la protidémie et inversion du rapport sérine globuline
- l'évolution traînante et l'échec du traitement médical.
- l'étendue croissante des lésions à la radiographie et l'aspect tubulaire que prend le côlon qui diminue de calibre.

Les médications de remplacement et les transfusions sont ici nécessaires.

La chirurgie est souvent le seul moyen de mettre fin à cet état "subaigu chronique" que prend l'affection, elle est absolument nécessaire dans la forme considérée comme très grave avec :

Sur le plan clinique

- fièvre
- angoisse
- cachexie
- douleurs abdominales
- sang abondant dans les selles
- anémie et baisse importante des protides avec inversion très marquée du rapport sérine-globuline.

Au toucher rectal

- douleurs et manque de souplesse des parois
- On sent parfois des pseudopolypes

A la rectoscopie

- la muqueuse peut être ulcérée
- l'ampoule rectale rétractée,
- il peut rester des pseudopolypes.

A la radiographie

Les lésions s'étendent en profondeur, mais aussi en hauteur, atteignant le côecum-jamais l'iléon pour les auteurs français.

Dans des cas très graves, on peut être obligé d'opérer devant l'aggravation progressive malgré le traitement médical.

Si on arrive à arrêter l'évolution de la poussée, devant la persistance des lésions irréversibles constatées à l'examen rectoscopique et sur les radiographies du côlon, on conseillera une intervention chirurgicale à froid.

L'évolution de la recto-colite muco-hémorragique peut être émaillée de complications.

Les statistiques américaines de 1940 comptent :
47,4 % de complications chez 95 enfants
et 41,3 % dans le groupe entier de 871 sujets comprenant les adultes.

Les complications seraient plus graves chez l'adulte, plus fréquentes en Amérique que dans notre pays.

A tous les âges, on peut voir :

- Des sténoses et des perforations intestinales : celles sont rares.
- Les manifestations cutanées par contre sont fréquentes, il faut les séparer nettement de l'érythème qui apparaît chez les opérés au pourtour des anus de dérivation ou de l'anus naturel, nous les avons signalées dans les suites opératoires de notre petite malade.

- Les complications articulaires sont considérées comme graves, nous avons vu qu'elles furent sans lendemain dans notre observation.

Il est à noter qu'elles réagissent à la cortisonothérapie, alors même que le cours de l'affection peut ne pas être influencé. (J. RACHET, A. BUSSON).

- Les polypes sont assez fréquents et peuvent dégénérer, mais en France, contrairement aux auteurs américains, nous pensons que le cancer secondaire chez l'enfant est exceptionnel.

Les abcès et les fistules sont de fâcheux pronostic.

Mais particuliers à l'enfant sont les troubles de croissance, quasi constants quand la maladie évolue depuis un temps assez long. Il s'agit de retard statural, d'insuffisance pondérale, de développement génital parfois au-dessous de la normale, voire d'infantilisme.

DAVIDSON décrit ainsi trois cas d'infantilisme. L'un de ces jeunes malades avait 17 ans, en paraissait douze, pesait 28 kilogs, totalement dépourvu de poils, il avait un testicule petit, l'autre non descendu. Il succomba et l'autopsie montre une absence complète de spermatogénèse.

DAVIDSON conclue : "L'infantilisme secondaire dans les diarrhées chroniques, est presque toujours due aux effets de la diarrhée qui prive l'organisme en voie de croissance, des substances qui sont nécessaires à son développement et à sa maturation.

Les troubles prolongés du métabolisme au cours du développement influent enfin sur le système endocrine".

- Se rapprochant de ces cas, l'enfant dont J. COSTE rapporte l'observation dans sa thèse en 1937, avait depuis le début de sa rectocolite un aspect de débile physique, alors qu'avant il se développait normalement.

Le traitement médical de la rectocolite muco-hémorragique est d'une part symptomatique, d'autre part à visée pathogénique.

- Symptomatique, il comprend :
 - des calmants, des antinervins et des antispasmodiques, Lilli BASTMAN signale les bons effets de la Belladone et du phénobarbital dans les formes chroniques avec troubles neuro-végétatifs.

- des vitamines, surtout de la vitamine A locale, administrée en lavement huileux, de petite quantité à garder le plus longtemps possible.
- les transfusions
- l'hépatothérapie
- les antibiotiques s'il y a infection en s'aidant d'un antibiogramme
- parmi les sulfamides, la sulfaguanidine semble le plus efficace
- la Salazopyrine est aussi très utilisée, LAGERCRANTZ en préconise l'emploi à condition de l'administrer tôt et à doses fortes.

A visée pathogénique : chaque cas est un cas d'espèce, une question d'école.

Les chocs (J. RACHET et A. BUSSON) - pratiqués à l'adde d'injections intra-veineuses de vaccins (T.A.B.-Dmelcos -Propidon), de protéines lactées, de petite quantité de sang isogroupe, sont très employés par l'école française dans les formes sérieuses, quand ils sont possibles.

Citons aussi :
 les antihistaminiques
 la radiothérapie lombaire
 les infiltrations du sympathique gauche.

Quant au traitement neuro-psychique, la psychothérapie est systématique pour certains (Lilli BASTMAN - PRUGH), elle est certainement particulièrement efficace chez l'enfant.

On peut en rapprocher les cures de sommeil et les infiltrations du lobe préfrontal par la technique de Bucaille, dont les résultats intéressants, surtout sur les hémorragies restent discutables sur l'évolution de la maladie.

La cure énétinienne initiale reste encore systématique pour certains, cependant la plupart des auteurs avec J. RACHET et A. BUSSON l'ont abandonnée.

L'ACTH et la cortisone donnent des résultats discordants et discutés, quoiqu'il en soit, il ne s'agit pas là de médicaments spécifiques de la maladie; de plus ce sont des produits dangereux à employer chez des sujets fragiles. Cependant il semble qu'ils soient efficaces dans les formes avec complications articulaires et dans certaines formes graves.

WITTS en Angleterre, après une étude intéressante conclue en faveur d'une telle thérapeutique, mais ses résultats prêtent à discussion car ils n'ont pas été étudiés par un seul spécialiste, mais sont la conclusion d'une enquête dont les éléments ont été rassemblés secondairement.

Certains contre-indiquent formellement l'ACTH et la cortisone avant toute intervention chirurgicale, d'autres y ont facilement recours dans la phase pré-opératoire, associés aux antibiotiques.

Soulignons enfin, l'importance dans cette affection d'un régime alimentaire riche comprenant surtout des glucides, des protéides et des jus de fruits, alors que les graisses et le lait seront donnés en petite quantité.

Le traitement chirurgical de la rectocolite mucohéorragique a pris ces dernières années de plus en plus d'importance, non seulement aux Etats-Unis, mais aussi en France et particulièrement chez l'enfant, étant donnée la fréquence des formes graves, justifiées d'une intervention dans le jeune âge.

En France, jusqu'à ces dernières années, on pratiquait plus volontiers coecostomies et appendicostomies, préconisées par l'école de R. BENSARD, et ces interventions que ne réalise pratiquement aucune dérivation ont pu amener dans certains cas l'arrêt immédiat des troubles.

A ce propos, nous rapporterons les statistiques d'Helmholz en 1940 : 20 enfants opérés sur 95.

Dans 3 cas où ces interventions ont été pratiquées, il note une aggravation et deux améliorations rapides, résultats voisins de ceux obtenus avec douze iléostomies!

Cependant l'iléostomie est actuellement la meilleure opération, techniquement elle est au point, et elle permet d'envisager une colectomie secondaire.

Déjà en 1923, HELMHOLZ, dont 4 jeunes malades sur 5 étaient opérés (2 colostomies - 1 appendicostomie et 1 iléostomie), concluait : l'opération de Brown est incontestablement l'intervention de choix dans les formes graves, certes la mortalité opératoire est grande (50% à ce moment-là), mais sans l'iléostomie il faut compter 100% de décès!

LADD en 1936 préconise aussi hautement l'iléostomie :

- Ses statistiques rapportent :
 - 10 cas traités médicalement
 - 3 améliorés
 - 7 non améliorés

16 malades ayant subi une iléostomie après échec du traitement médical :

- 4 anus iléaux refermés, vont bien
- 5 encore porteurs d'un anus artificiel dont un garçon de 14 ans chez qui une colectomie est envisagée
- 7 morts.

Il précise bien que l'iléostomie n'est pas une opération pleinement satisfaisante ni exempte de danger, mais c'est souvent le seul moyen de sauver la vie du malade, et les inconvénients de cette intervention sont moindres que ceux de la maladie.

Quant à la colectomie, alors que certains chirurgiens américains la font systématiquement (par crainte d'une greffe d'épithélioma secondaire qu'ils signalent, plus fréquent chez l'enfant) et souvent dans le même temps opératoire, dans notre pays nous n'y avons recours que lorsque surviennent des rechutes de la maladie alors même que l'iléostomie fonctionne normalement.

Sauf dans les formes suraiguës, la résection sera donc toujours secondaire, elle aura lieu au moins trois mois après l'iléostomie.

Quelle que soit l'intervention choisie, il faut pour qu'elle soit efficace, que l'état général du malade ne soit pas trop altéré, ni les dégâts anatomiques trop importants. "il n'est pas absurde de commencer à opérer un de ces patients, mais il est dangereux de s'y décider trop tard".

MONSAINTEON

Malgré les possibilités du traitement médical et chirurgical, le pronostic de la rectocolite muco-hémorragique est considérée par tous comme particulièrement grave chez l'enfant.

Parmi les 134 cas de LAGERCRANZ, on compte 10 morts; alors qu'HELMHOLDZ rapporte en 1940, sur 95 enfants, 22 morts, soit 23,2%; dans le groupe entier, sur 871 sujets, 146 mortsssoit 17%.

Le laps de temps écoulé entre le début des troubles et la mort étant en moyenne de 9 ans.

Le pronostic est d'autant plus mauvais que l'enfant est plus jeune, mais il semble s'améliorer une fois passées les premières années de la maladie, à moins que ce ne soit le sujet qui progressivement s'adapte mieux à son état.

Telle est la conclusion de l'étude statistique et comparée de JACKMAN, BARGEN et HELMHOLZ, à laquelle s'associent RACHET et BUSSEN.

Ces auteurs en 1946, sur 6 enfants, comptent 4 morts en à deux ans en dépit de toute thérapeutique; leurs observations confirment donc la gravité du pronostic des formes infantiles.

A propos d'un cas, Armand DELILLE, CAIN et GRENET insistent sur l'évolution parfois longue, mais toujours fatale de la maladie.

Actuellement cependant, on est en droit d'espérer beaucoup en l'iléostomie, dans les formes graves où toute autre thérapeutique reste sans action.

Nous avons vu qu'elle était unanimement considérée comme l'opération de choix, rappelons encore l'importance de la pratiquer suffisamment tôt.

Ultérieurement, elle permet d'envisager une colectomie, mais surtout elle donne l'espoir d'une fermeture secondaire de l'anus iléal.

En France, la reconstitution d'un transit normal après iléostomie n'a jamais été pratiquée, cependant ce rétablissement du transit a pu être réalisé après coecostomie, ainsi dans un des cas dont HAM-BURGER et A. BENSAUDE rapportent l'observation au Congrès de Bruxelles (1935), l'anus coecal fut refermé 3 ans après et la maladie suivie par eux 8 ans et ensuite perdue de vue, n'a présenté aucun trouble.

LADD rapporte quatre cas suivis de guérison après la fermeture de l'anus iléal.

C'est certainement là, la solution idéale, car comme insistait tant LADD, bien que les chirurgiens américains soient accusés de se préoccuper peu de la reconstitution d'une exonération anale, l'anus artificiel à vie est une solution tout de même particulièrement pénible chez un sujet si jeune.

Dans le cas de notre petite malade, chez laquelle l'iléostomie a donné des résultats si remarquables, on peut espérer ne pas avoir à envisager de colectomie. Celle-ci serait par contre indiquée si une rechute sur le côlon exclu se produisait.

Par contre pour décider la fermeture de son anus artificiel, il faudra exiger des critères rigoureux :

- Rémission complète et prolongée des signes cliniques
- Permanence de la cicatrisation complète des lésions muqueuses à la rectoscopie
- Etude histologique de la muqueuse rectale après biopsie (selon la technique de J. RACHET et A. BUSSON).
- Côlon de calibre normal, avec des haustrations normales et un liseré de sécurité partout conservé, au lavement baryté.

La multiplicité des traitements médicaux préconisés, la limite de leurs possibilités, s'expliquent en partie par l'absence de pathogénie définie de la maladie.

A ce propos, que nous apporte l'étude de la recto-colite muco-hémorragique chez l'enfant?

Dans la littérature française nous trouvons rapportés quelques cas familiaux, ainsi l'observation de Hamburger et A. Benosaude dans laquelle la mère et les deux filles âgées de 6 et 14 ans furent atteintes de la même affection.

- De même, J. MARIE et Guy LEDOUX, LEBARD en 1942 rapportent le cas d'un enfant de 14 ans chez qui une rectocolite hémorragique débuta à 12 ans 1/2 et qui mourut lors de la 2ème poussée; la mère de l'enfant âgée de 42 ans était décédée un an avant sa fille de la même maladie.

La sœur jumelle de la petite malade, monozygote, demeura indemne.

Pour ces auteurs, ces deux faits plaideraient, sans autre preuve, en faveur de la nature infectieuse de la maladie.

Cependant l'infection est une théorie abandonnée actuellement dans la pathogénie de la recto colite hémorragique. Même les Américains qui longtemps défendirent les idées de BARGEN à ce sujet, se sont ralliés à l'opinion de J. RACHET et A. BUSSON.

Ces auteurs insistent tout particulièrement sur la notion de terrain, l'hérédité s'intégrant d'ailleurs très bien dans cette théorie.

Il y aurait sensibilité du système neuro-végétatif, constitutionnelle (la rectocolite muco-hémorragique entrerait alors dans le cadre des maladies diathésiques), ou acquise, et toute cause qu'elle soit allergique, infectieuse, hormonale ou psychique, déclencherait un déséquilibre qui se manifesterait au niveau de l'intestin.

Soulignons encore ici le rôle important du psychisme chez l'enfant; un des jeunes malades de RACHET et BUSSON qui présentait la forme classique de l'adulte fut très améliorée lors d'un changement total d'existence.

Dans notre observation, on ne peut que mettre l'accent sur :

- le terrain héréditaire, le père de l'enfant étant porteur d'un ulcus gastrique
 - l'allergie puisque des crises d'urticaire fréquents sont signalées dans ses antécédents.
 - Quant à l'acrodynie, il se pourrait que cette affection dont la cause est également indéterminée, ait fragilisé le système sympathique de ce sujet déjà prédisposé, complétant ainsi le terrain sur lequel évolue la rectocolite muco-hémorragique.
- Il est particulièrement important de souligner l'importance de troubles psychiques dans les 2 maladies.

Notons que dans la littérature, nous n'avons trouvé aucune association semblable.

Quoiqu'il en soit, dans l'état actuel de nos connaissances, on peut opposer à ce mystère de l'étiopathogénie, la netteté des signes cliniques, de la rectocolite hémorragique, qui en font, non pas un syndrome, mais une véritable maladie.

En conclusion, nous voudrions souligner ce qui ressort de la comparaison entre la maladie chez l'enfant et chez l'adulte -

- La rectocolite muco-hémorragique est plus rare chez l'enfant, mais pas aussi exceptionnelle qu'on le croit, surtout après 9 ans.

- Tous les degrés de gravité peuvent se voir; les formes suraiguës, tout de même plus fréquentes que chez l'adulte, restent l'exception.

- Le pronostic est d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune.

- Les complications de la maladie sont les mêmes que chez l'adulte, il s'y ajoute des troubles de la croissance très fréquents.

- Le traitement médical peut souvent suffire à améliorer les malades. Quand la chirurgie s'avère nécessaire, il faut savoir intervenir assez tôt; l'iléostomie est l'opération de choix.

- Au point de vue pathogénique, les rares cas familiaux, certains antécédents chez notre petite malade viennent peut-être à l'appui des théories de RACHET et BUSSON sur l'importance du terrain dans cette curieuse maladie.

Vu : Le Président de Thèse

Professeur CATHALA

Vu : Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris

L. BINET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH



BIBLIOGRAPHIE

- M.P. ARMAND DELILLE - Mlle ABRICOSOFF - Mme JOUSSEMET LEFEVRE -
Société de Pédiatrie de Paris. Mai 1940.
- L. BASTMAN - HEISKANEN -
Nordisk medecin Janvier 1952
- BONORINO UDAONDO -
Ed. Douin et Cie 1929
- A. BUSSON, J. DELARUE et Y. LE QUINTREC -
Archives des malades de l'appareil digestif.
Dec. 1954.
- J. CHARRIER - J. LOYGNE et C. POLONY -
Société Française de Gastroentéro 13 Dec. 1954
- J. COSTE - Thèse Paris 1937
- DAVIDSON - Archives of International Medecine - Déc. 1939
- DEARING et BROWN - Clinic Mayo - 16 Août 1950.
- FANCONI - Saluluch für Kinderheilkunde - 1928
- FIGARELLA - Journal de Chirurgie - Mars 1955
- GLAUZMAN et ASCH - Salubuch für Kinderheilkunde - Fev. 1937
- JAHRBUCH et A. BENSAUDE -
Congrès de Bruxelles 1935
- H.F. HELMHÖLZ - Archives of Pediatrics 1923.
- R. JACKMAN - J.A. BARGEN - J.F. HELMHÖLZ -
American Journal of Diseases of Children -
Mars 1940
- LADD - Medical Clinics of North America - Mars 1936
- R. LAGERCRANTZ - Nordisk Medicin - Fev. 1949
Acta paediatrica 1950
- J. MARIE - G. LEDOUX - LEBARD -
Arch. des maladies de l'appareil digestif 1942
- D.G. PRUGH - Gastroenterology Juillet 1951
Research publications of the association for
research in nervous and mental disease 1951
- J. RACHET et A. BUSSON - Archives des malades de l'appareil
digestif - Mars 1946 - Nov. 1951 -
Acta gastro enterologica Belgica - 1950 XIII -
564-576
Maladies de l'intestin et du péritoine - Ed.
Flammarion 1954
- L.J. WITTS - Acta gastro-enterologica Belgica - Oct. 1954.

